POJIŠŤOVNA VZP, a.s.

Oznámení škodní události - ČOV

z pojištění pro případ pracovní neschopnosti

Číslo pojistné smlouvy: 1 3 1 0 0 0 1 7 7 0

Otisk razítka, datum převzetí a podpis

Vyplní pojištěný (zákonný zástupce/ opatrovník):

Pojištěný

Jméno: | Příjmení: | Titul:

Datum narození: | Rodné číslo: | Kód zdrav. pojišťovny:

Telefon: | e-mail:

Korespondenční adresa

Ulice: | Číslo popisné:

PSČ: | Obec (dodávací pošta):

Jste pojištěn u jiné pojišťovny pro ušlý výdělek za dobu pracovní neschopnosti? ☐ ANO ☐ NE

U které, na jakou denní náhradu a čísla pojistek: .....

.....

K datu zahájení pracovní neschopnosti

☐ jsem osoba se zdanitelnými příjmy a pracuji převážně ☐ manuálně ☐ duševně

☐ OSVČ, předmět činnosti: .....

Jste nemocensky pojištěn ve státním sociálním systému? ☐ ANO ☐ NE

☐ zaměstnanec v profesi: .....

Adresa zaměstnavatele / telefon: .....

Došlo k datu přiznání PN k právním úkonům směřujícím k ukončení pracovního poměru? ☐ ANO ☐ NE

☐ jsem osoba bez zdanitelného příjmu (na mateřské resp. rodičovské dovolené, studující,nezaměstnaný, důchodce, v domácnosti apod.)

specifikujte: .....

Jste registrován pro daň z příjmu fyzických osob? ☐ ANO ☐ NE

Jste spolupracující osoba ve smyslu zákona o dani z příjmu? ☐ ANO ☐ NE

Trpěl/a jste již dříve zdravotními problémy, které byly příčinou Vaší pracovní neschopnosti? ☐ ANO ☐ NE

Diagnóza, popis onemocnění či úrazu: .....

Jste úrazové pojištěn i u jiných komerčních pojišťoven? ☐ ANO ☐ NE

U kterých? .....

Obdržel jste nebo obdržíte další náhradu mzdy za dobu trvání pracovní neschopnosti z důvodu nemoci či úrazu (nemoc z povolání, pracovní úraz a podobně)? ☐ ANO ☐ NE Od koho, v jaké výši a za jaké období:

.....

Pobíráte invalidní důchod pro invaliditu I., II. nebo III. stupně? ☐ ANO ☐ NE ode dne: .....

Požádal jste SSZ nebo je vedeno řízení za účelem přiznání inv. důchodu? ☐ ANO ☐ NE

Následující odstavec vyplňte pouze v případě pracovní neschopnosti přiznané výlučně z důvodu úrazu:

K úrazu došlo (den hodina): ..... Místo: .....

Která část těla byla poraněna? .....

Byla tato část těla postižena již před tímto úrazem: ☐ ANO ☐ NE Jste levák? ☐ ANO ☐ NE

Popište, prosím, souvisle a podrobně jak k úrazu došlo: .....

.....

Jména a adresy případných svědků: .....

Vyšetřovala úraz Policie České republiky? ☐ ANO ☐ NE

Uveďte přesnou adresu útvaru Policie, jméno policisty a telefon: .....

Jste registrovaný sportovec? ☐ ANO ☐ NE

Uveďte ve kterém sportu a v jaké soutěži: .....

Plnění poukažte ☐ na účet číslo: .....

☐ poukázkou na jméno pojištěného a výše uvedenou adresu

praktický lékař, u kterého je vedena kompletní zdravotní dokumentace pojištěného

Jméno: | Příjmení: | Telefon:

Adresa - ulice, číslo popisné, PSČ a obec (dodávací pošta):

Prohlašuji, že jsem všechny otázky zodpověděl/a pravdivě a úplně, že jsem k hlášené škodní události podal/a pouze toto oznámení. Jsem si vědom/a důsledků nesprávných odpovědí na povinnost pojistitele plnit. Souhlasím, aby si pojistitel vyžádal veškerou potřebnou zdravotní dokumentaci o mém léčení a zdravotním stavu.

Svým podpisem zprošťuji lékaře a zaměstnance zdravotnických zařízení a úřadů (zdravotních pojišťoven, finančních úřadů, úřadů sociálního zabezpečení atd.) povinnosti mlčenlivosti a zmocňuji je k poskytnutí potřebných informací pojistiteli k ukončení likvidace pojistné události.

V ..... dne .....

Podpis pojištěného (zákonného zástupce/ opatrovníka)

Poplatek za vyplnění této zprávy hradí pojištěný

Vyplní lékař:

Část 1- na počátku pracovní neschopnosti

Neschopen práce od: ☐

Číslo dokladu (neschopenky): ☐

Hlavní diagnóza: ..... slovy: .....

Ostatní diagnózy: .....

Léčil se pacient pro toto onemocnění nebo úraz již dříve? ☐ ANO -uveďte datum kdy bylo onemocnění poprvé diagnostikováno: ☐

☐ NE

Bylo OSVČ vystaveno potvrzení pracovní neschopnosti? ☐ ANO ☐ NE

Pracovní neschopnost z důvodu: ☐ pracovní úraz ☐ úraz zaviněný jinou osobou ☐ vliv alkoholu

☐ ‰ tox. látek ☐ sebepoškození ☐ nemoc z povolání

☐ ostatní .....

U žen gravidita ☐ ANO - termín porodu: ..... ☐ NE

Doklad o pracovní neschopnosti byl zaslán na správu sociálního zabezpečení:

Adresa - ulice, číslo popisné, PSČ a obec (dodávací pošta):

Část 2 – v průběhu pracovní neschopnosti (při žádosti o zálohu)

K dnešnímu dni ☐ pracovní neschopnost trvá

Datum následující kontroly ☐

V ..... dne ....

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře
(Název a adresa zdravotnického zařízení)

Část 3 – při ukončení pracovní neschopnosti

Pracovní neschopnost ukončena dne ☐

Byl/a pojištěnému přiznán/a ☐ invalidita – stupeň ..... ☐ předčasný důchod ☐ starobní důchod

☐ změna pracovní schopnosti (osoba zdravotně znevýhodněná)

datum přiznání: ☐

Došlo ze strany pojištěného k porušení léčebného režimu? ☐ ANO ☐ NE

V ..... dne ....

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře
(Název a adresa zdravotnického zařízení)

Požadovaná dokumentace:

a) vyplněný formulář oznámení škodní události
b) kopie potvrzení o trvání dočasné pracovní neschopnosti (neschopenky) potvrzené zaměstnavatelem
c) lékařská zpráva

Vyplněný formulář předejte zástupci pojistitele tohoto pojištění nebo zašlete přímo na adresu: Pojišťovna VZP, a.s., odbor likvidace pojistných událostí, Ke Štvanici 656/3, 186 00 Praha 8, případně na e-mail: oznameni.udalosti@pvzp.cz.